

Grzegorz Świątoniowski¹, Szymon Brużewicz², Tomasz Kłaniewski¹

¹Klinika Chorób Wewnętrznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu

²Katedra i Zakład Higieny Akademii Medycznej we Wrocławiu

Radykalne leczenie chorej z trzema niezależnymi nowotworami złośliwymi

Radical treatment of patient with three independent malignancies

Adres do korespondencji:

dr med. Grzegorz Świątoniowski
Klinika Chorób Wewnętrznych
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
ul. R. Weigla 5, 50-981 Wrocław
Tel.: +48 (71) 766 05 07
e-mail: gswiatoniowski@onet.eu

STRESZCZENIE

Nowotwory mnogie stanowią coraz istotniejszy problem w praktyce klinicznej. Nierzadko chory wyleczony z jednego nowotworu złośliwego umiera wskutek niepowodzenia terapii kolejnego. W tej sytuacji szczególnie istotne jest prowadzenie optymalnego postępowania diagnostycznego, zmierzającego do wczesnego rozpoznania i ustalenia charakteru zmian pojawiających się w okresie obserwacji po leczeniu onkologicznym. Część tych zmian może nie być manifestacją nawrotu, ale drugim, niezależnym nowotworem. Zaprezentowano opis przypadku chorej leczonej radykalnie z powodu trzech metachronicznych nowotworów złośliwych (raka piersi, żołądka i kory nadnercza).

Słowa kluczowe: nowotwory mnogie, rak kory nadnercza, rak żołądka, rak piersi

ABSTRACT

The incidence of multiple cancers is a serious problem of modern oncology. Patient who was successfully treated of one malignancy, quite frequently dies due to failure in the therapy of another one. Consequently, the diagnostic procedures of proper accuracy, i.e. enabling early detection and description of lesions which develop during the follow-up period, become of special importance. Some of the aforementioned lesions are not necessarily the manifestation of recurrence but may indicate another, independent malignancy. We describe a case of patient who was radically treated of three metachronous cancers (breast, gastric and adrenal cortex).

Key words: multiple cancers, adrenal cortex cancer, gastric cancer, breast cancer

Onkologia w Praktyce Klinicznej
Tom 4, nr 3, 107–109
Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 1734-3542
www.opk.viamedica.pl

Onkol. Prak. Klin. 2008; 4: 107–109

Wstęp

Nowotwory mnogie (zarówno występujące synchronicznie, jak i metachronicznie) stanowią coraz istotniejszy problem współczesnej onkologii. Nierzadko chory wyleczony z jednego nowotworu złośliwego umiera wskutek niepowodzenia terapii kolejnego. Wśród potencjalnych przyczyn wzrostu zachorowań na nowotwory mnogie należy wymienić: wzrostowy trend zachorowalności na większość nowotworów złośliwych, stosowanie agresywnych metod terapii onkologicznej, które z jednej strony powodują poprawę przeżyć, z drugiej — same mogą indukować powstanie nowotworów, szersze sto-

sowanie immunosupresji (także w chorobach pozaonkologicznych), narażenie na kancerogenne czynniki środowiskowe i inne [1–5]. Należy jednak podkreślić, że nowoczesna radioterapia i rzadsze stosowanie niektórych cytostatyków mogą prowadzić do zmniejszenia ryzyka rozwoju nowotworów wtórnych.

Aktualna definicja i kryteria rozpoznania nowotworu mnogiego zostały opracowane przez *International Agency for Research on Cancer* [6]. Nowotwory mnogie mogą występować zarówno synchronicznie (krótszy niż 6 miesięcy okres pomiędzy rozpoznaniem kolejnych schorzeń onkologicznych), jak i metachronicznie (przy rozpoznaniu kolejnych nowotworów w odstępie dłuższym niż

6 miesięcy). Drugi z rozwijających się nowotworów nie może być nawrotem lub przerzutem nowotworu pierwotnego. Jeżeli dwa nowotwory mają różne utkania histologiczne, można je uznać za nowotwory mnogie — nawet jeżeli rozwinęły się w tym samym narządzie — w przeciwnym wypadku drugi nowotwór musi mieć inne pochodzenie narządowe.

Opis przypadku

Jesienią 2003 roku u 71-letniej chorej, będącej pod stałą opieką Poradni Onkologicznej z powodu przebycia dwóch niezależnych nowotworów złośliwych, na podstawie rutynowej diagnostyki obrazowej jamy brzusznej stwierdzono guz lewego nadnercza. Uprzednio chorą leczono z założeniem radykalnym z powodu raka piersi prawej (*carcinoma ductale infiltrans*, T2N0M0; ER+, PgR+) — leczenie obejmowało mamektomię radykalną z limfadenektomią pachową (w 1992 roku) i 5-letnią adjuwantową hormonoterapię z zastosowaniem tamoksyfenu oraz raka żołądka (*adenocarcinoma* G2, T3N0M0) — operowanego radykalnie w 2000 roku. Ponadto, w następstwie przebytego udaru niedokrwiennego mózgu (1998 r.) u chorej rozwinął się umiarkowanego stopnia zespół otępienny, współistniała też stabilna choroba wieńcowa. Na podkreślenie zasługuje fakt braku istotnych obciążeń onkologicznych w rodzinie pacjentki. Chora nie paliła tytoniu i nie spożywała alkoholu. Nie zanotowano także potencjalnych narażeń zawodowych na czynniki rakotwórcze.

Jesienią 2003 roku w kontrolnym badaniu USG jamy brzusznej stwierdzono guz nadnercza lewego o średnicy 40 mm. W badaniu tomografii komputerowej potwierdzono rozpoznanie ultrasonograficzne, nie wykazano jednak innych patologii w obrębie jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej. W badaniu gastroskopowym i radiogramie klatki piersiowej nie stwierdzono cech nawrotu przebytych chorób nowotworowych. Stan kliniczny pacjentki nie wskazywał na istnienie zaburzeń hormonalnych, które mogłyby wiązać się z patologią nadnerczy.

Uwzględniając całość sytuacji klinicznej, zdecydowano o kwalifikacji chorej do zabiegu operacyjnego o charakterze diagnostyczno-terapeutycznym, spodziewając się raczej zmiany o charakterze metastatycznym niż trzeciego nowotworu bądź patologii nienowotworowej. Wykonano radykalną adrenaektomię — w pooperyacyjnym badaniu histopatologicznym (po analizie obrazów histopatologicznych poprzednich nowotworów pacjentki) stwierdzono trzeci, niezależny nowotwór — rak kory nadnercza (T1N0M0). Pacjentka pozostaje pod opieką Poradni Onkologicznej. Ostatnie badanie kontrolne przeprowadzono na początku 2007 roku — nie wykazano nawrotu żadnej z trzech chorób nowotworo-

wych. Niestety, u chorej szybko postępował zespół otępienny.

Dyskusja

U chorych objętych leczeniem paliatywnym powinno się zaniechać prowadzenia obciążającej diagnostyki, niewpływającej na wynik terapii. Inaczej dzieje się, jeżeli wątpliwości diagnostyczne mogą zaowocować decyzjami terapeutycznymi, których skutkiem jest leczenie radykalne oraz efektywne leczenie paliatywne. Wówczas wszelkie wątpliwości powinno się rozstrzygać w sposób możliwie najpełniejszy, zwłaszcza w przypadku nowotworów mniej zaawansowanych. W ocenie charakteru diagnozowanych zmian pomocna może być pozytronowa tomografia emisyjna (PET, *positron emission tomography*) — dostępność tej procedury diagnostycznej jest jednak w Polsce wciąż zbyt mała.

Na możliwość radykalnego leczenia nowotworów mnogich — tak jak to miało miejsce w opisywanym przypadku — zwraca również uwagę Agrawal [7]. Autor opisuje dwa przypadki synchronicznego wystąpienia nowotworów mnogich (pierwszy — współistnienia raka piersi w II stopniu zaawansowania z zaawansowanym — IIIB — rakiem szyjki macicy; drugi — współistnienie gwiaździka centralnego układu nerwowego z rakiem ślinianki). W obu przypadkach udało się z powodzeniem zastosować radykalne leczenie onkologiczne.

Korzyść z prowadzenia systematycznej kontroli onkologicznej przejawia się także tym, że kolejny nowotwór rozpoznaje się zwykle w stosunkowo wczesnym stadium zaawansowania i — co się z tym wiąże — chorego można efektywnie leczyć [8]. W opisywanym w niniejszej pracy przypadku zachodziły takie właśnie warunki, ponadto trzeci nowotwór należał do kazuistyki w onkologii, tym bardziej, że zdiagnozowano go w tak wczesnym stadium klinicznym.

Na uwagę zasługuje też brak obciążeń genetycznych u chorej oraz (prawdopodobnie) — także brak istotnych obciążeń środowiskowych czynnikami rakotwórczymi. Współwystępowanie raka piersi, żołądka i kory nadnercza nie wskazuje też na istnienie wspólnego hormonalnego czynnika etiopatogenetycznego. Wreszcie starszy wiek chorej (w czasie rozpoznania drugiego i trzeciego nowotworu) sugeruje brak genetycznego podłoża opisywanych nowotworów, gdyż publikowane dane wskazują, że mnogie nowotwory uwarunkowane genetycznie występują zwykle u osób młodych [9, 10].

Wnioski

Opisywany przypadek wskazuje na celowość dążenia do weryfikacji histopatologicznej zmian pojawiających

się w okresie obserwacji po radykalnym leczeniu onkologicznym. Zmiany te mogą być nie tylko guzami przerzutowymi, ale także niezależnymi nowotworami złośliwymi. Postępowanie takie pozwala optymalizować metody leczenia.

Piśmiennictwo

1. Hancock S.L., Tucker M.A., Hoppe R.T. Breast cancer after treatment of Hodgkin's disease. *J. Natl. Cancer Inst.* 1993; 85: 25–31.
2. Rennert G., Robinson E., Rennert H.S., Neugut A.I. Clinical characteristics of metachronous colorectal tumors. *Int. J. Cancer.* 1995; 60: 743–747.
3. Werner-Wasik M., Schmid C.H., Bornstein L.E., Madoc-Jones H. Increased risk of second malignant neoplasms outside radiation fields in patients with cervical carcinoma. *Cancer* 1995; 75: 2281–2285.
4. Chaturvedi A.K., Engels E.A., Gilbert E.S. i wsp. Second cancers among 104,760 survivors of cervical cancer: evaluation of long-term risk. *J. Natl. Cancer Inst.* 2007; 99: 1634–1643.
5. Kilciksiz S., Gokce T., Baloglu A. i wsp. Characteristics of synchronous- and metachronous-type multiple primary neoplasms: a study of hospital-based cancer registry in Turkey. *Clin. Genitourin. Cancer* 2007; 5: 438–445.
6. Jensen O.M., Parkin D.M. Cancer registration. Principles and methods. International Agency for Research on Cancer, Lyon 1991; 78–81.
7. Agrawal R. Synchronous dual malignancy: successfully treated cases. *J. Cancer Res. Ther.* 2007; 3: 153–156.
8. Jones A.S., Morar P., Phillips D.E., Field J.K., Husband D., Helliwell T.R. Second primary tumors in patients with head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer* 1995; 75: 1343–1353.
9. Lynch H., Lynch P. Hereditary cancer: ascertainment and management. *Cancer Clin.* 1979; 29: 216–219.
10. Brunetti D., Tamaro P., Fanin R., Cavallieri F., Stanta G. Family history of cancer and risk of second malignancies in young cancer patients in Trieste, Italy. *Int. J. Cancer* 2005; 115: 814–821.